56

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 Novembre, à 1 heure

par Georges **DUPRÉ**

Des Anomalies de la Rotation de la tête

DANS LES

Variétés postérieures de la présentation du sommet

Conduite à tenir

Président : M. BAR, *professeur.*

Juges { MM. RIBEMONT-DESSAIGNES, *professeur.*
DEMELIN, *agrégé.*
BRINDEAU, *agrégé.*

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

1909

36796

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Je dédie ces quelques pages comme un faible témoignage de ma sincère reconnaissance.

A MON FRÈRE

Témoignage de ma vive affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Accoucheur des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine.

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

Monsieur le Professeur Jaboulay, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Monsieur le Professeur Debove, médecin des hôpitaux de Paris.

Messieurs les Docteurs Troisier, Comby, Guinard, Variot.

INTRODUCTION

De nombreux travaux ont été consacrés à l'étude de l'accouchement dans les présentations du sommet, variétés postérieures.

Cette constatation n'a rien qui doive nous surprendre. Ces présentations, en effet, sont intéressantes à bien connaître à un double point de vue : d'abord elles sont relativement fréquentes puisqu'on les retrouve avec une proportion de 37 0/0 (Bataillard) par rapport à la totalité des présentations du sommet ; en second lieu, la tête fœtale doit accomplir, outre un long trajet, une grande rotation dans l'excavation pelvienne pour s'offrir à la vulve dans les meilleures conditions. Par la longueur du travail qui accompagne cette rotation, par les dangers qui peuvent en résulter tant pour la mère que pour l'enfant, par les manœuvres manuelles et instrumentales qui en sont parfois la conséquence, ces présentations de ce fait acquièrent une physionomie toute particulière.

Nous avons pensé qu'il pourrait être de quelque utilité d'étudier avec détails le temps capital et caractéristique de cette variété de présentation, nous voulons dire la rotation de la tête.

Nous n'insisterons que peu sur la rotation normale de la tête. Mais, par contre, nous consacrerons toute

notre attention : 1° aux cas où la tête, contrairement à son habitude, vient se placer non pas en occipito-pubienne mais en occipito-sacrée ; 2°, aux cas où, s'arrêtant dans son trajet, elle n'effectue pas sa rotation à travers l'excavation. Nous étudierons les différents procédés pour y remédier.

De plus, nous appuyant sur des observations recueillies dans le service de M. le Professeur Bar et relatives à des applications de forceps en droite postérieure pour défaut de rotation, nous essayerons de discuter la valeur de ces interventions et d'en dégager les dangers et les difficultés.

Enfin, et pour terminer notre travail, nous envisagerons un côté intéressant de ces applications de forceps, celui de savoir si l'accoucheur a dans certains cas avantage à faire tourner, à l'aide de son instrument, la tête fœtale en occipito-sacrée au lieu de la ramener systématiquement en occipito-pubienne.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, nous tenons à exprimer nos remerciements à Monsieur le Professeur Bar, pour le grand honneur qu'il nous fait de présider notre thèse. Nous le prions de croire à notre respectueuse reconnaissance.

Tous nos remerciements vont également à Monsieur le docteur Lequeux, chef de clinique à la clinique Tarnier et à Monsieur le Docteur Rouiller, moniteur d'accouchement, pour les conseils qu'ils nous ont prodigués et l'obligeance constante qu'ils ont témoignée à notre égard.

HISTORIQUE

Nous n'avons pas l'intention d'insister longuement ici sur les diverses opinions émises par les accoucheurs en ce qui concerne les présentations du sommet en variétés postérieures. Nous pensons qu'il est préférable de conserver pour les prochains chapitres et de les rappeler à mesure qu'il le conviendra, les études faites sur cette question par différents auteurs. Nous nous bornerons dans ce court historique à présenter plutôt une vue d'ensemble, afin de montrer les étapes successives qui ont marqué l'histoire de ces présentations pour arriver enfin à cette conception, admise maintenant par tous, de la rotation habituelle de la tête en avant et de la terminaison souvent favorable de ces accouchements.

Cet exposé a, du reste, été fait avec beaucoup de détails par Bataillard, dans sa thèse inaugurale; nous avons puisé largement dans ce travail important.

Il était de règle générale, parmi les accoucheurs du XVII[e] siècle, que l'occiput tournait inévitablement en arrière dans les présentations du sommet en variétés postérieures, et ils considéraient comme très dange-

reuse cette rotation de la tête qui amenait, suivant leur expression, la « face en dessus ».Mauriceau, Henry Deventer, La Motte, dans leurs observations, ne cachent pas leurs craintes. Ce dernier auteur s'exprime ainsi : « L'enfant qui a le visage en dessus est ordinairement plus longtemps arrêté au passage; et dans les femmes jeunes et bien constituées, cette différence est peu sensible. Mais si une femme est fort grasse et un peu âgée, si elle a quelque irrégularité vers les reins, si c'est son premier enfant, elle court risque d'y être longtemps et de n'accoucher qu'après bien des peines et après s'être soumise à l'usage de tous les moyens que l'art peut employer dans l'accouchement naturel; quelquefois elle met au monde un enfant mort; d'autres femmes ont, après leur accouchement, des suppurations, des chutes de vagin, des perforations de vessie, des incontinences d'urine et d'autres accidents. »

Les étrangers, Rœderer, Smellie, partagent cette manière d'envisager les choses, mais ce dernier accoucheur reconnaît l'utilité d'intervenir et propose un procédé de dégagement à l'aide du forceps. Il conseille d'effectuer la rotation artificielle toutes les fois qu'il est possible de le faire.

Avec Solayrès de Renhac, Baudelocque, la question fait un pas en avant. Tout en considérant la rotation de l'occiput en arrière comme la règle, ils admettent toutefois que la tête, dans certains cas, peut tourner naturellement en avant et partant du diamètre oblique postérieur droit arriver se placer en GA, en pas-

sant successivement par les positions intermédiaires OIDT, OIDA, OP..

Baudelocque écrit à ce sujet : « Il arrive quelquefois, mais trop rarement pour le bien de la femme, que la tête, en descendant, se rapproche de la deuxième position (occipito-iliaque droite antérieure) de sorte que l'occiput se tourne en avant au lieu de se porter du côté du sacrum. » (l'art des accouchements, page 305, Paris, 1789). Avec Madame Lachapelle nous ne notons pas de progrès; elle reconnaît bien que l'occiput peut se dégager sous le pubis, mais c'est pour elle un fait exceptionnel. Pourtant il faut retenir cette réflexion qu'expose l'illustre sage-femme, au sujet d'une application de forceps faite pour arrêt du travail à l'occasion d'une présentation du sommet en variété postérieure transformée en transversale. « L'immobilité de la tête au milieu de son mouvement rotatoire, n'est pas moins remarquable. J'attribue cette immobilité à l'horizontalité de la tête, si on peut parler ainsi... Les deux fontanelles étaient à la même hauteur et la tête offrait au bassin le diamètre occipito-frontal. » (Recueil d'observations, XLI[e] obs. page 237). Remarquable observation sur laquelle nous aurons à revenir lorsque nous traiterons le défaut de rotation de la tête.

Il faut enfin arriver à P. Dubois, Velpeau, Nœgelé, pour entendre exprimer cette notion que la tête ne tourne en arrière qu'exceptionnellement et que, bien au contraire, la règle est de voir l'occiput se porter en avant vers la symphyse pubienne. Cette opinion fut

dès lors acceptée par la majorité des accoucheurs.

Un point cependant restait à établir : Qu'est-ce qui dirige le mouvement de rotation de la tête? pourquoi cette rotation met-elle quelquefois si longtemps à se produire? pourquoi, dans un certain nombre de cas, ne se produit-elle même pas du tout?

On conçoit que les auteurs se soient efforcés de trouver la solution de ce problème. Nous ne parlerons pas ici des théories émises; elles trouveront plus utilement leur place dans les chapitres suivants.

Un fait nous semble digne de remarque. La vulgarisation de la doctrine de la rotation ne modifie pas, autant qu'on pourrait le croire, le jugement des accoucheurs concernant le pronostic défavorable des variétés postérieures. Scanzoni, Cazeaux, Hubert de Louvain déclarent les variétés postérieures beaucoup moins favorables que les antérieures.

Voici à ce sujet, l'opinion si autorisée du Professeur Tarnier. « Les positions occipito-postérieures font, à juste titre, le désespoir des accoucheurs. Dans ces positions, en effet, l'accouchement est presque toujours long et pénible lorsqu'il s'effectue naturellement, et sa terminaison artificielle par le forceps est difficile et parfois même dangereuse. » (Annales de gynécologie, décembre 1876).

Plus de vingt ans après, le Professeur Tarnier insistait encore sur la difficulté de ces accouchements : « La vérité est que les accouchements en occipito-postérieure, — que la tête tourne correctement ou que

l'occiput se place vis-à-vis le sacrum — sont des accouchements longs, pénibles, dont l'issue est incertaine, compromettant les enfants, exposant les mères, par suite de la prolongation inusitée du travail, à des compressions dangereuses et à des opérations. » (Semaine médicale, janvier 1889).

Nous mettons à dessein une autre opinion, celle du docteur Guerrero, qu'il expose dans les conclusions de sa thèse.

« Il résulte :

« 1° Que dans les variétés postérieures de la présentation du sommet, grâce à la rotation naturelle de la tête et à son dégagement en occipito-pubienne, le pronostic de ces accouchements n'est fâcheux ni pour la mère ni pour l'enfant.

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

« 4° Que les interventions dans ces accouchements sont, à peu de choses près, aussi rares que dans les variétés antérieures. »

Nous verrons ce qu'il faut penser de ces diverses interprétations.

ROTATION NORMALE DE LA TETE

La tête, pour présenter son grand diamètre au diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur, le seul utilisable pour son dégagement, doit effectuer un mouvement de rotation qui amène l'occiput de l'extrémité postérieure du diamètre oblique gauche ou droit à l'une des extrémités du diamètre pubo-coccygien. Que cette rotation se fasse en avant ou en arrière, l'accommodation se trouve par ce fait réalisé. Mais la pratique montre que 96 fois sur cent, l'occiput vient se placer sous la symphyse pubienne et que par conséquent ce n'est que dans un nombre de cas très restreint qu'il lui faudra balayer toute l'étendue du sacrum et du périnée pour enfin apparaître à la vulve.

En d'autres termes, le dégagement de la tête se fait en occipito-pubienne la plupart du temps, rarement en occipito-sacrée.

On conçoit fort bien le but du mouvement de rotation, mais il est plus difficile d'expliquer en premier lieu la cause de cette rotation, en second lieu, la raison qui fait qu'elle s'effectue dans un sens presque invariablement le même.

Ces points de mécanique obstétricale ont, cela se comprend, attiré depuis longtemps les recherches des accoucheurs.

On peut reconnaître quatre théories principales: la théorie de l'accommodation, la théorie du bassin mou,

la théorie des résistances et enfin la théorie thoracique; on pourrait également ajouter la théorie des plans inclinés, défendue par Baudelocque et ses élèves, et celle des épines sciatiques soutenue par les anglais Barnes, Tyle Smith.

Exposons ces différentes théories:

Paul Dubois a donné du mouvement de rotation l'explication suivante: « La cause réside évidemment dans un assez grand nombre d'éléments, savoir: d'une part, le volume et la mobilité des parties qui sont expulsées, et d'autre part la capacité, la forme et la résistance du canal qui est parcouru; et telle est l'influence de cette combinaison que les parties du fœtus se placent dans les conditions les plus favorables à leur passage. Une vive résistance leur est-elle imposée en un point, elles s'y soustraient et cherchent un lieu où il y ait plus de place et de liberté; la mobilité des parties qui traversent, l'extrême lubrification de celles qui sont parcourues rendent tout cela simple et très intelligible. »

Le professeur Pajot, reprenant les idées de son illustre maître, formule dans une seule phrase, ce principe de mécanique. « Quand, dit-il, un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant est le siège d'alternatives de mouvements et de repos, si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses, le contenu tiendra sans cesse à accommoder sa forme et ses dimensions aux formes et à la capacité du contenant. »

Varnier a vivement critiqué cette théorie. Pour lui,

« la rotation de la tête est absolument inutile pour son passage au détroit inférieur, elle n'est nécessaire que pour l'orifice vulvaire. De telle sorte que si la loi qui régit le mécanisme de l'accouchement est vraie, la rotation ne doit se faire que dans le bassin mou, à la vulve, après que la grande circonférence de la tête a franchi le détroit inférieur. Or le coccyx, tout le monde l'accorde, est repoussé, lors du passage de la tête, de 1 cm. 1/2 à 3 cm. ; dans tous ces cas précédemment cités, j'ai pu constater nettement la rétropulsion, et la rétropulsion lente, pénible, du coccyx et chaque fois la rotation s'est faite complètement avant que le front ait dépassé le coccyx. » Varnier admet que la cause des rotations réside dans les mouvements imprimés à la tête par la contraction des muscles du bassin d'une part, et par la forme des corps musculaires de l'autre. Il insiste sur le rôle du releveur de l'anus. « En résumé, dit-il, oui, la rotation de la tête est commandée par les lois de l'accommodation, mais à condition que l'on considère les circonférences sous occipito-frontales et non pas les sous-occipito-bregmatiques des classiques; le détroit inférieur musculaire et non pas l'ostéo-ligamenteux. Non seulement c'est le détroit musculaire qui rend nécessaire la rotation, mais c'est peut-être lui aussi qui impose le sens de cette rotation, occiput en avant ». C'est la théorie du bassin mou, admise également par Veit, mais qui fait intervenir plutôt l'obturateur interne et le pyramidal.

Le professeur Tarnier étudia la question en s'appu-

vant sur des expériences faites sur le cadavre. On peut résumer ainsi son opinion. « Quand la tête, complètement fléchie, arrive sur le plancher du bassin contre lequel la font butter les contractions utérines, elle subit donc un pression d'avant en arrière qui se répartit uniformément sur tout le crâne. Cette rotation de la tête en avant s'explique en somme, comme sa flexion qui, du reste, n'en est que le premier temps et la condition indispensable.

Hubert de Louvain expose également une théorie basée sur les résistances. Elle est fondée sur une explication mathématique du phénomène de la rotation. Le principe est le suivant : Lorsque, dans sa marche, un mobile rencontre deux résistances ou deux forces agissant sur lui en sens contraire, mais sans être directement opposées, il se produit une rotation. Si on applique ce fait à la tête fœtale, on comprendra que deux résistances opposées agissant l'une sur le front, l'autre sur l'occiput, produiront une rotation, un mouvement de toupie. « Quand les résistances opposées à l'occiput et au front ne sont pas suffisantes ou qu'elles n'ont pas la direction nécessaire pour déterminer la rotation de la tête, l'occiput descend plus ou moins loin sur le périnée en conservant sa position oblique postérieure. Mais alors encore il se produit très souvent de nouvelles conditions qui le ramènent en avant. En effet, le cou étant trop court pour mesurer toute la paroi postéro-latérale du bassin, l'occiput ne peut gagner la vulve sans que le thorax ne s'engage dans la

partie supérieure de l'excavation, encore occupée par la face. Mais la tige dorso-frontale est trop étendue pour ne pas rencontrer de vives résistances de la part du diamètre oblique auquel elle correspond. Où et comment s'exercent ces résistances? L'une, en arrière, dans la paroi postérieure droite du bassin et elle agit d'arrière en avant, sur la partie postérieure droite du bassin; l'autre se trouve dans la paroi antérieure gauche du canal et elle s'exerce d'avant en arrière, sur la bosse frontale gauche. La ligne dorso-frontale est donc comme le diamètre occipito-frontal, soumise à deux forces contraires et si elles ne sont pas directement opposées, elles doivent imprimer au thorax et au crâne un mouvement de pivot qui ramène le dos en avant et à droite, tandis que le front roule en arrière et à gauche. » (Hubert de Louvain, des phénomènes mécaniques de l'accouchement.)

Voici maintenant la théorie défendue par Echstedt, Œstrausen, puis par le professeur Pollosson: c'est la théorie thoracique. Le professeur Pollosson, dans les cours professés à la clinique obstétricale de Lyon en 1897, et rapportés dans la thèse de Trillart, fait jouer un grand rôle au tronc, dans les rotations intra-pelviennes. Il a trouvé la cause de la rotation dans un plan de glissement, le plan lombo-iliaque. Si l'on considère la partie inférieure de la colonne lombaire et son union avec la fosse iliaque interne, on constate l'existence de ce plan incliné lombo-iliaque, capable d'agir sur des parties qui viendront frotter sur lui. Et

lorsque, comme il l'a montré, la tête est bien fléchie, ce qui assure sa solidarité avec le tronc, et si la direction de l'axe utérin est normale, la rotation du plan fœtal s'effectuera en avant.

Quoi qu'il en soit de ces différentes théories, un fait est acquis, c'est que la tête tourne généralement en avant, rarement en arrière. Pour effectuer ce trajet qui l'a fait passer de l'une des extrémités postérieures du diamètre oblique à l'extrémité antérieure du diamètre pubo-coccygien, elle doit accomplir une rotation de 135 degrès. Pivotant autour d'un axe fictif qui n'est autre que l'axe pelvien lui-même (Tarnier), la tête décrit d'abord un arc de cercle de 45 degrés et place ainsi son occiput à l'extrémité droite ou gauche du diamètre transverse. Par un second mouvement de même étendue, l'occiput vient alors se loger à l'extrémité antérieure du diamètre oblique, pour enfin terminer sa course toujours par un mouvement de 45 degrés, en se logeant sous l'arcade du pubis.

On conçoit aisément que dans un pareil chemin à travers l'excavation, la tête n'effectue pas sa rotation avec une même régularité et une même précision. De là des anomalies et des arrêts dans la marche du travail que nous allons maintenant étudier.

ÉTUDE DES DIFFÉRENTES ROTATIONS DE LA TÊTE. — DÉFAUT DE ROTATION

La tête fœtale, sollicitée par les contractions utérines, peut, au point de vue de sa rotation, se placer dans un des cas suivants :

1° La rotation se fait en arrière et le sommet se place en occipito-pubienne.

1° La rotation se fait en avant et le sommet se place en occipito-sacrée.

3° La rotation commence à s'accomplir, mais ne s'achève pas, l'occiput se trouve arrêté à l'une des extrémités du diamètre transverse.

4° La rotation manque complètement, l'occiput reste en rapport avec la symphyse sacro-iliaque.

1° Le premier point ne saurait nous arrêter, l'occiput aboutissant à l'extrémité du diamètre pubo-coccygien, l'accouchement ne présente plus rien de spécial, il se confond avec les accouchements des variétés antérieures, et son pronostic devient le même, toute considération de longueur du travail mise à part. Signalons une anomalie rare, la tête exagérant son mouvement de rotation vient placer son occiput à l'extrémité antérieure de l'un des diamètres obliques du bassin, accomplissant ainsi un mouvement rotatoire de 180 degrés. Mais dans ce cas encore, la présentation s'est transformée en présentation antérieure et par suite elle se confond avec cette dernière variété.

2° La rotation s'effectue en sens inverse.

Là commencent les difficultés.

En premier lieu comment expliquer pourquoi la tête fœtale qui, la plupart du temps dirige son mouvement vers le pubis, pivote dans un certain nombre de cas vers le sacrum.

Cette anomalie est due à un défaut d'accommodation qui peut venir soit de la mère, soit du fœtus. De la mère : laxité anormale du plancher pelvien ou au contraire résistance exagérée du périnée due à un manque d'étoffe périnéale, bassin rétréci, tumeur pulvienne osseuse ou non, malformation utérine, faiblesse musculaire de l'utérus. Du fœtus : flexion de la tête, petites dimensions de celle-ci ou au contraire hydrocéphalie. On pourrait ajouter d'autres causes provenant de l'œuf, cordon trop court, placenta prævia.

Lorsque l'occiput a tourné en arrière, si comme nous l'avons vu l'accommodation est satisfaite, il n'en n'est pas moins vrai que les conditions de dégagement sont autrement défavorables que lorsque l'occiput pivote sous la symphyse pubienne. En effet, l'occiput, pour apparaître à la vulve, doit balayer toute l'étendue du sacrum et du périnée, soit une longueur de 20 à 25 centimètres.

De plus le volumineux ovoïde formé par le fœtus, durci, rendu rigide par les contractions utérines, ne trouve en aucun endroit du bassin un espace dont il pourrait profiter, la tête aurait en effet tendance à se défléchir. D'ailleurs, ce qu'elle fait légèrement la plu-

part du temps, car il faut remarquer que très souvent la tête reste élevée et avec tendance à la déflexion. On conçoit que si les tissus maternels sont de mauvaise qualité, et surtout si l'anneau vulvaire offre une résistance anormale, la tête va distendre le périnée antérieur aminci et ischémié, et finalement le faire éclater, déterminant ainsi une rupture centrale ou tout au moins des éraillements qui ouvrent la voie à l'infection. Si les ruptures centrales sont rares il est plus fréquent d'observer des eschares secondaires se développer sur la paroi vaginale ainsi traumatisée.

Mais pourtant gardons-nous bien d'exagérer outre mesure les dangers du dégagement de la tête en occipito-sacrée. Les seuls accidents que l'on observe généralement sont des déchirures du périnée antérieur et de la fourchette. L'occiput, en effet, n'apparaît pas le premier, le front devance; et le frontal vient se loger sous la symphyse pubienne, servant de pivot à la tête qui se dégage ainsi, non plus suivant des diamètres sous-occipitaux, mais suivant des diamètres frontaux plus considérables.

Voici les conclusions de Corinin qu'il expose dans sa thèse :

« La terminaison spontanée est plus que «possible», elle est ordinaire : 96, 23 o/o.

« La durée du travail (7 heures 56') et de l'expulsion (35', 45") chez les multipares ne dépasse guère celle que nous voyons dans le dégagement en OP.

« La durée du travail (14 h. 7') et de l'expulsion

(2 h. 14'), (chiffre fort), n'est que légèrement augmentée.

« La mortalité maternelle est nulle dans nos statistiques.

« La mortalité infantile pendant le travail est de 1,78 o/o, alors qu'elle est de 0.48 o/o dans les autres variétés ».

Nous pensons donc que lorsque la tête se présente en OS, à moins d'une réelle tendance et d'une grande facilité de cette tête à pivoter en avant, il n'y a pas lieu de tenter la grande rotation, nous en étudions du reste plus loin les dangers. L'accoucheur doit laisser agir la nature, quitte à bien surveiller le périnée de la femme et au besoin dans des cas qui seront rares, il pourra pratiquer une épisiotomie, si une déchirure se produisait susceptible de gagner l'anus.

D'un autre côté, si la tête restait plus de deux heures sans progresser, il n'y aurait pas d'inconvénients à faire une application régulière de forceps, la concavité des bords de l'instrument tournée vers la face, et de dégager en OS.

3° La tête n'effectue pas sa rotation.

Les causes de ce défaut de rotation sont encore dues a un défaut d'accommodation provenant soit de la mère, soit du fœtus, nous n'y reviendrons pas. Pourtant nous tenons à insister sur un point très important qui n'avait pas échappé aux anciens auteurs : la déflexion de la tête. Nous avons relevé à ce sujet, dans notre historique, l'opinion de Madame Lachapelle, mais nous devons

aussi donner l'avis du professeur Tarnier, qui l'a particulièrement mis en lumière : « Parmi les causes qui dans ces cas (positions occipito-postérieures), ralentissent la marche du travail, il en est une dont le rôle est très important et trop peu connu, c'est la déflexion de la tête. Toutes les fois que dans les occipito-postérieures j'ai observé l'insuffisance des contractions utérines et l'impuissance des efforts faits par les patientes, j'ai trouvé la déflexion de la tête et mon doigt arrivait facilement sur la fontanelle antérieure, tandis que la fontanelle postérieure était difficile à atteindre et même inaccessible. Tant que cette déflexion persiste, on peut être sûr que le travail ne fera pas de progrès, mais la scène change dès que la tête se fléchit : la fontanelle antérieure s'éloigne alors du centre du bassin, pendant que la fontanelle postérieure s'en rapproche. Ce mouvement m'a fait souvent pronostiquer la terminaison prochaine de l'accouchement et mes prévisions se sont réalisées ».

Ce point étant établi, le défaut de rotation est-il fréquent?

Si l'on en croit certains auteurs, la possibilité d'un accouchement spontané serait plutôt rare. D'après Sawger, sur 38 positions en occipito-postérieurs, il fallut intervenir 36 fois avec le forceps. Miles, sur 17 occipito-post, dont 14 droites, 2 gauches et 1 OS, est intervenu 16 fois. Cependant, d'autres auteurs sont beaucoup plus optimistes. Paul Dubois, sur 503 positions en Occ. Post, ne relate que 39 cas, soit 7 o/o dans lesquels la rotation

ne s'est pas faite. Nœgelé, 17 fois sur 144, soit une proportion de 11, 8 o/o. Bataillard donne 10 o/o d'interventions de forceps. Corbière arrive à un chiffre beaucoup moins élevé.

Sur 958 accouchements par le sommet en variétés postérieures, la terminaison se fit :

923 fois spontanément, soit 96, 34 o/o.

35 fois à l'aide du forceps, soit 3.64.

Sur 485 accouchements en variétés transverses, la terminaison se fait :

448 fois spontanément, soit 92, 38 o/o.

37 fois à l'aide du forceps, soit 7.62 o/o.

En réunissant ces deux statistiques :

Sur 1.443 accouchements, on trouve 72 fois où l'on dut intervenir.

Soit 95, 49 o/o d'accouchements spontanés.

4.50 o/o d'interventions.

Quoiqu'il en soit, lorsque la tête n'accomplit pas sa rotation ou tarde trop à pivoter, l'enfant souffre, les bruits du cœur se modifient, la femme s'épuise en efforts, le col se dilate mal, s'œdématie. Aussi l'accoucheur a en quelque sorte la main forcée, il doit intervenir pour terminer l'accouchement, intervention quelquefois minime, souvent importante par ses conséquences.

Quelle est la conduite à tenir?

La rotation ne s'effectuant pas, beaucoup d'auteurs ont été tentés de provoquer eux-mêmes ce mouvement. Chacun d'eux a préconisé un procédé différent, c'est

dire par là même qu'aucun de ces procédés n'est vraiment efficace et que les échecs sont nombreux.

Mattei et Guillemot proposent les manœuvres externes agissant au-dessus du pubis sur les épaules.

Clarke, Jacquemier, Velpeau, Playfair, West, Richardson, s'adressent à des manœuvres internes. Dangthy, Johnes Burns à des manœuvres mixtes. Toutes ces interventions n'ont pas donné d'excellents résultats. Il est des cas, en effet, où quelque soit le procédé employé, la tête ne tourne pas; ou bien l'occiput, ayant un instant cédé à la pression des doigts, revient aussitôt à sa position primitive. Mais ce qu'il y a de pire, c'est que ces manœuvres conduisent souvent à un résultat opposé à celui que l'on visait. La tête fœtale, jusque là immobile, est bien mobilisée, la rotation s'est bien effectuée, mais en sens inverse à celui que l'on désirait, l'occiput est venu se placer en arrière en OS.

Toutefois, si l'on se résoud à tenter une intervention manuelle, on aura recours au procédé suivant indiqué en 1875 par le professeur Tarnier dans les annales de gynécologie.

« Quand la dilatation est complète ou à peu près, jamais avant, j'introduis profondément le doigt indicateur, le gauche pour la position occipito-iliaque droite postérieure et je l'applique sur le côté de la tête, puis je le fais glisser en avant et en haut jusqu'à ce qu'il sente le rebord postérieur de l'oreille gauche sur toute sa hauteur; j'attends alors une contraction utérine et dès qu'elle commence, ou, pour mieux dire, dès que je la

sens venir, j'appuie fortement le doigt sur la tête, en le portant en même temps avec force, mais sans violence du côté du pubis, puis derrière la symphyse et enfin jusque sur le côté gauche du bassin. Pendant tout le trajet, le doigt reste appliqué sur la tête qu'il presse sans glisser, car il est retenu par le rebord de l'oreille et il fait tourner la tête avec lui. L'occiput est ainsi ramené en avant. »

Cette manœuvre est en réalité moins simple qu'elle ne paraît à la description de son manuel opératoire, puisque Tarnier ajoute: « La rotation artificielle ne doit provoquer aucune souffrance quand elle est bien faite. Dans certains cas, la manœuvre est incomplète et l'occiput s'arrête à moitié chemin; on achève alors le mouvement au moment de la contraction utérine suivante, mais pour ne pas perdre le terrain qu'on a gagné, il est nécessaire de maintenir le doigt en place, jusqu'à ce que cette contraction se produise. Après 3 ou 4 essais, si j'échoue, je n'insiste pas davantage de peur de fatiguer les malades ».

Il est bien entendu que lorsqu'on a réussi cette manœuvre, on a diminué la durée du travail de plusieurs heures. On a ainsi évité au fœtus la souffrance due à la contraction utérine trop prolongée qui mettait un obstacle sérieux à la circulation sanguine. On a également préservé la mère des complications inhérentes aux accouchements laborieux : infections, hémorragies, eschares, etc. Mais nous ne saurions trop le répéter, il ne faut pas oublier que si cette intervention

n'aboutit pas, l'occiput mobilisé pourra tourner dans le mauvais sens et que le résultat aura été d'obtenir une occipito-sacrée, alors qu'avec plus de patience on aurait peut-être eu la chance de voir la rotation s'effectuer spontanément comme cela arrive dans 90 o/o des cas environ.

Disons que l'on pourra tenter en dernier recours, une manœuvre manuelle préconisée par l'école de Lyon et qui consiste à introduire la main in utero, à rétropulser la tête et à la forcer à s'engager dans un diamètre plus propice.

Mais si cependant la tête se refuse à tourner d'elle-même, si la manœuvre de Tarnier a été tentée et n'a pas réussi, nous disposons d'un moyen pour terminer l'accouchement, c'est d'appliquer le forceps.

Quelques auteurs n'admettent pas les prises de forceps en obliques postérieures. Le docteur Bataillard, dans sa thèse s'exprime ainsi : « Dès l'instant où l'on est décidé à intervenir pour une variété occipito-postérieure, il convient de considérer la tête comme étant en transversale et de se comporter en conséquence. En d'autres termes il n'y a pas lieu de se préoccuper des cas rares (interventions hâtives) dans lesquels l'occiput est encore logé au niveau des articulations sacro-iliaques au moment où l'on se prépare à appliquer le forceps. L'expérience a en effet prouvé que le seul fait de l'introduction de la première main qui forme coin place la tête le plus souvent, sans que l'opérateur le veuille, dans le diamètre transversal ».

Nous ferons remarquer que nous croyons préférable de faire l'application de forceps en oblique et non en transverse. Pour faire une prise idéale par rapport au fœtus, en transverse, il faudrait placer la branche postérieure en avant du promontoire, et la branche antérieure en arrière de la symphyse pubienne. Cette manière d'opérer ne serait pas sans danger, par suite des contacts osseux que prend ainsi l'instrument.

« Cette application antéro-postérieure du forceps peut être tenue, quand la tête est serrée dans le détroit supérieur, pour très difficile. Nous avons dit que, quand la tête n'est pas bien fléchie, la cuiller postérieure (cuiller gauche dans le cas de position OIGT, cuiller droite dans celui de OIDI) doit, après avoir été introduite dans le côté homonyme du bassin, être glissée jusqu'en avant du promontoire et même le dépasser; la cuiller gauche se trouve ainsi appliquée dans la moitié gauche. Une telle application est difficile et souvent incertaine. Il n'est pas rare de voir la cuiller, malgré le soin qu'on a pris de l'introduire profondément, glisser sur la tête pendant l'articulation ou pendant l'extraction. Nous ajouterons que, si on vient placer la cuiller postérieure entre le promontoire et la tête, ce n'est pas facile lorsque le promontoire appuie fortement contre la paroi cranienne. Cette cuiller, si on a réussi à la placer, repousse souvent la tête en avant et le placement de la branche antérieure est rendu impossible. Nous remarquerons que même en dehors de ces cas, l'introduction de la seconde branche et son place-

ment sont souvent difficultueux : on ne réussit pas toujours à bien décrire le mouvement de spire qui doit conduire à sa place la cuiller antérieure ; quand pour articuler, on est obligé de tirer sur la tranche placée en avant, on ne réussit pas toujours à agir sur la tête comme on le ferait avec un levier. La cuiller pour peu qu'elle n'ait pas été très correctement appliquée, glisse sur la tête et la prise de la tête devient fort précaire..... Nous savons que les tractions, si dirigées en arrière qu'elles soient, sont aveugles, que l'effort porte essentiellement sur la branche antérieure, que, par sa position, la branche postérieure, placée immédiatement en avant du promontoire, ponte l'excavation sacrée et accentue encore l'irrégularité de la traction ; les risques de lésions graves sur la tête fœtale deviennent ainsi très sérieux... Il n'est pas douteux que la mortalité considérable des enfants extraits par les applications antéro-postérieures au détroit supérieur rétréci, que les désordres considérables observés souvent du côté des centres nerveux, chez les enfants qui naissent vivants, sont pour une bonne part applicables à l'application du forceps. » (Bar et Guéniot. — Pratique de l'art des accouchements). Il vaut donc mieux faire une prise en oblique, plus sûre. Les applications inversées n'ont rien de fâcheux ; il suffit de faire une deuxième prise au moment de l'extraction.

Comment appliquer le forceps quand la tête est en oblique postérieure :

Supposons une variété droite postérieure. La suture

sagittale occupe dans ces présentations le diamètre oblique gauche. C'est donc la branche gauche de l'instrument que l'on introduira la première. On la pousse profondément, sa partie prenante devant dépasser l'oreille fœtale. On place ensuite la branche droite qui deviendra antérieure grâce au tour de spire de Madame Lachapelle. Mais n'oublions pas que la flexion de la tête est incomplète, que par conséquent la fontanelle postérieure est très loin en arrière. Il faut donc si l'on veut faire une prise correcte, c'est-à-dire suivant un diamètre occipito-mentonnier, reporter les manches de l'instrument le plus en bas et à droite qu'il est possible. Si la prise a été régulière l'articulation des deux branches se fait sans difficulté. On complète alors la flexion en saisissant ces branches par leurs extrémités près des crochets et en les portant de droite à gauche vers la ligne médiane et même au delà vers la cuisse. Puis avant de tenter la rotation on amorcera la tête en tirant sur le palonier pour la faire descendre le plus qu'on pourra sur le périnée. C'est alors que l'on exécutera le mouvement de circumduction appelé par M. le professeur Bar « mouvement de vielle ».

Ici le gros danger de ces applications de forceps réside dans la possibilité de labourer les parties molles de la femme avec les becs des cuillers, accident inévitable si l'on prend pour axe de rotation la branche de l'instrument et non les cuillers. On devra donc avoir soin de faire décrire aux extrémités des manches un

grand cône de révolution et de ce fait la tête doit tourner sur place.

Si le forceps n'a pas dérapé, et si la rotation s'est bien effectuée, il se trouve placé à l'envers, dans une position inverse à celle qu'il doit s'occuper dans les prises en occipito-pubiennes. Certains accoucheurs, Budin et Demelin, entr'autres, conseillent de terminer l'extraction sans retirer le forceps; mais « sauf dans le cas où il s'agit d'une grande multipare, d'une femme chez qui les parois du canal vaginal se laissent facilement déprimer, on préfèrera désarticuler le forceps et le réarticuler en OP » (Bar et Guéniot, pratique de l'art des accouchements).

D'un autre côté si l'on rencontre quelque peu de résistance au moment de la rotation, il est dangereux d'insister et même mieux vaut tourner, lorsqu'il est possible la tête en os et la dégager par une prise directe.

En effet lorsque la rotation n'est pas encore effectuée, la tête, le plus souvent, est en asynclitisme postérieur, position des plus défavorables pour le forceps qui dans ces cas devient un instrument préhenseur déplorable. Si l'on se rappelle qu'une prise classique de forceps détermine bien souvent chez une primipare des lésions traumatiques des parties molles, qui tout en étant parfois cachées n'en existent pas moins, et si on ajoute à cela que dans les cas qui nous occupent l'instrument vient augmenter de son épaisseur propre le volume d'une tête qui ne passait déjà qu'avec

un frottement préjudiciable pour les tissus maternels, on comprendra la fréquence et l'étendue des lésions produites par la grande rotation. Au moment de celle-ci le vagin accolé au pôle fœtal et au forceps a tendance à suivre le mouvement de rotation imprimé à la tête de l'enfant. Il se tord sur lui-même, produisant ainsi des thrombus, des décollements, des déchirures multiples, aboutissant parfois à une véritable désinsertion du vagin. D'autre part, la paroi vaginale se trouve laminée entre deux plans résistants, la cuiller du forceps d'un côté, la symphyse de l'autre. Aussi n'est-il pas rare après une rotation qui s'est effectuée sans incident notable de constater des effractions du tissu vaginal, ainsi que l'on pourra le voir citer dans les observations que nous avons recueillies.

A plus forte raison, après une rotation pénible, il ne faudra pas s'étonner d'observer de véritables arrachements permettant d'arriver sur les parties osseuses du bassin, de voir des fistules vesico-vaginales et même parfois une déchirure étendue de la vessie. Mais si les traumatismes se manifestent fréquemment en avant de la vulve, le périnée lui aussi est souvent lésé. On peut alors observer toutes les graduations des déchirures périnéales, depuis la simple éraillure jusqu'à la déchirure complète intéressant soit l'anus seul, soit la cloison recto-vaginale elle-même.

Enfin s'il arrive d'observer à la suite d'applications de forceps des manifestations d'ordre nerveux, c'est surtout après les applications en postérieure. On aura

l'occasion de constater des douleurs dans les membres inférieurs, de la paralysie passagère de l'un ou des deux, de la rétention d'urine. Disons qu'il ne faut jamais manquer de faire le toucher explorateur à la suite d'une grande rotation, afin de ne pas ignorer des déchirures, lésions susceptibles de prédisposer les malades aux suites de couches pathologiques.

Pour l'enfant l'application de forceps en postérieure n'est pas toujours inoffensive. A vrai dire elle donne une prise correcte, mais au moment de la flexion l'instrument glisse souvent sur la tête et les cuillers coupent simultanément la peau du fœtus par leurs bords et les parties maternelles par leur bec. Ces sections complètes ou incomplètes par les infections qu'elles peuvent engendrer, assombrissent quelque peu le pronostic de l'accouchement.

Aussi la rotation forcée ne nous semble pas un procédé de choix. Nous pensons qu'il est préférable si l'on rencontre quelque résistance d'accomplir franchement cette rotation en arrière, d'amener la tête en occipito-sacrée et de dégager le fœtus dans cette dernière position.

Il faut ajouter que parfois dans le cas de gros enfants il est impossible de déterminer la rotation en OS ainsi que nous le rapportons dans une de nos observations. Dans ces cas l'accoucheur reste dans l'obligation d'accomplir la grande rotation.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

N° 119. — 22 *janvier*. — M... Marie, II pare. Les dernières règles datent du 1er au 5 avril. Elle ressent les premières douleurs dans la nuit du 21 au 22 janvier 1908, et est admise à la clinique le 22 à 7 h. 30 du matin. Elle est conduite à la salle du travail à midi. A ce moment l'examen obstétrical montre: un utérus de volume normal, le sommet engagé en OIDP; les bruits du cœur sont bons. Au toucher on trouve le col dilaté comme une pièce de 2 francs, les membranes sont intactes, on sent la fontanelle postérieure à droite et en arrière.

23 *janvier*. — A 2 h. 30 du matin, dilatation complète, rupture artificielle de la poche des eaux. A 4 heures du matin, même état, la tête n'a pas encore accompli son mouvement de rotation. On sent en avant et à gauche une main, les bruits du cœur sont un peu ralentis, la tête fœtale est en OIDP, mal fléchie et élevée. M. Cathala rétropulse le membre précédent et fait une application de forceps sur la tête en DP. Il obtient la rotation de la tête. A 4 h. 15, il extrait un enfant du sexe masculin, poids 3.500 gr. La mère et l'enfant partent en bon état le 8 février 1908.

OBSERVATION II

N° 122. — 22 *janvier* 1908. — G..., Eugénie, III pare. Première grossesse un siège, deuxième un sommet.

Les dernières règles datent du 4 au 8 avril.

Elle entre à la clinique le 21 janvier, et monte à la salle du travail le 23 à 1 heure du matin, ayant éprouvé des contractions douloureuses.

A l'examen on constate un sommet qui se fixe, le dos est à droite, les bruits du cœur sont bons, la poche des eaux est volumineuse. Le col est dilaté comme une pièce de 2 francs, à 5 heures il est dilaté comme une petite paume de main. Rupture spontanée de la poche des eaux.

A 7 heures, dilatation complète; on sent la fontanelle postérieure à droite, la tête est inclinée sur son pariétal postérieur.

A 10 heures, même état.

A 11 heures, M. le professeur Bar examine la femme. Il trouve la tête fœtale à la partie toute inférieure de l'excavation au niveau de la boutonnière du releveur, en position droite, variété transverso-postérieure, et décide de faire une application de forceps pour défaut de rotation. La branche gauche est introduite la première en arrière et à gauche, la branche droite seconde en avant et à droite par le tour de spire de Madame Lachapelle. Les branches sont articulées et l'appareil de traction adapté aux tiges. La rotation de la tête est alors effectuée grâce au grand mouvement de vielle de droite à gauche, qui a pour effet de ramener les branches sur la ligne médiane et très en bas. La tête, alors en OP est amenée à la vulve à l'aide de légères tractions. Le forceps est enlevé et le dégagement de la tête terminé par la manœuvre de Ritgen.

Il existe au niveau du cou un circulaire serré qu'il est impossible de dégager et qui est sectionné entre deux pinces. La rotation externe de la tête est aussitôt faite à droite et l'enfant est extrait. Garçon vivant, du poids de 3.180 gr. La malade présente des lésions de la fourchette qui sont réparées avec un point de catgut superficiel.

La mère et l'enfant sortent en bon état le 3 février 1908.

OBSERVATION III

N° 142. — 28 *janv.* 1908. — X... Jeanne, 20 ans 1/2, I pare. Les dernières règles datent du 6 ou 9 avr. Le 17 janv. elle entre à la clinique, avec un zona qui disparaît rapidement. Le 28 elle monte à la salle du travail à 8 heures du soir. A l'examen on trouve le sommet engagé en OIDP, les bruits du cœur sont

bons, le col lenticulaire. La malade se plaint de céphalée pour laquelle elle a pris de l'antipyrine dans la journée Température 38° 6.

A 11 heures du soir la tête est profondément engagée, col dilatation lenticulaire.

29 *janvier*. — A 1 h. du matin le col est dilaté comme une pièce de 1 franc, à 5 heures même état, à 7 heures la dilatation est de 5 francs, à 8 heures comme une paume de main, enfin à 8 h. 30 la dilatation est complète. L'enfant rend du méconium. Le liquide amniotique qui s'écoule est teinté en vert, les bruits du cœur sont modifiés, ils sont ralentis et même un peu obscurs. M. Lequeux dit de faire une application de forceps sous chloroforme. La tête mal ossifiée n'est pas complètement fléchie et se présente en OIDP. Il fait alors une application, la branche gauche placée première, puis il essaye de faire la rotation. Une fois l'occiput amené sous la symphyse pubienne, il désarticule les branches. Le périnée, distendu, blanchit et s'éraille. Il pratique alors une épisiotonie, puis grâce à de l'expression il extrait un enfant vivant du sexe féminin, et du poids de 2.750 gr. Les muscles sectionnés sont immédiatement après la délivrance suturés au catgut par points profonds et séparés. La malade est mise quelques jours à l'isolement présentant quelques symptômes pulmonaires, quelques râles. Puis elle sort avec son enfant, toutes deux bien portantes.

OBSERVATION IV

N° 520. — 23 *avril* 1908. — C... Célestine, I pare, entre à la clinique le 20 avril, à 1 heure du matin. A l'examen on trouve l'utérus surdistendu, remontant jusque sous les fausses côtes; le sommet est mobile, le dos à droite; on sent les petits membres à gauche, les parties molles sont résistantes; la poche des eaux est intacte, le col dilaté comme 5 francs.

21 *avril*. — La poche des eaux est volumineuse, les bruits du cœur sont bons; le col est dilaté comme une petite paume de main.

A 9 h. 20 du matin Monsieur Brindeau fait rompre la poche

des eaux, il s'écoule une petite quantité de liquide teinté en vert.

A 9 heures du soir on fait à la malade une piqûre de morphine et elle repose toute la nuit. Température, 38°6.

22 *avril*. — 9 heures du matin :

La dilatation est complète, la tête est en transverse avec une fosse séro-sanguine volumineuse.

A 10 heures, la malade est chloroformée. La tête se trouve à la partie moyenne de l'excavation en OIDT légèrement postérieure et mal fléchie. M. Cathala fait une prise oblique gauche. La branche gauche est introduite en arrière et à gauche, la branche droite en arrière et à droite, puis ramenée en avant derrière l'éminence iliopectinée droite. Articulation, vérification de la prise; elle est un peu oblique sur la tête fœtale, la cuiller gauche près de la mastoïde gauche. M. Cathala commence par une légère traction qui engage la tête jusque sur le périnée, en même temps qu'il agit sur les manches pour fléchir la tête. Rotation en OP lorsque la tête est sur le périnée; désarticulation du forceps qui est réappliqué en prise directe sur la tête en OP. Extraction lente de la tête fœtale. Le forceps est désarticulé lorsque le bregma paraît à la vulve, et la tête est énucléée par pression à travers le périnée. L'enfant, du sexe féminin, du poids de 3.900 gr., crie presque aussitôt. Le périnée n'est pas déchiré. Après l'extraction du fœtus légère hémorragie. M. Cathala fait une délivrance artificielle, le placenta pèse 950 gr. Il en profite pour examiner l'état du col. Celui-ci présente une petite déchirure à gauche. Tamponnement de l'utérus et du vagin avec une mèche au péroxyde de zinc.

La malade et son enfant partent en bon état, le 5 mai 1908.

OBSERVATION V

N° 751. — D... Adèle entre à la clinique le 20 mai 1909. 27 ans. Les dernières règles datent du 9 au 20 avril 1908. Entre à la salle du travail à 5 heures du matin. Œdème des membres inférieurs, pas d'albumine. L'utérus remonte à 32 cm. au-dessus de la symphyse. Léger excès de liquide. Le sommet est engagé,

dos à droite, bruits du cœur sont à droite de la ligne médiane. Col dilaté comme 2 francs. Membranes rompues depuis 4 h. du matin.

7 h. matin, dilatation du col. Bruits du cœur bons.

8 h. 30, dilatation complète. La parturiente fait des efforts expulsifs, mais la tête ne progresse pas. Les bosses pariétales semblent être arrêtées par les épines sciatiques saillantes, la tête n'a pas accompli sa rotation.

11 h. 30, inertie utérine, les bruits du cœur se ralentissent et deviennent irréguliers. Malgré l'expression utérine, la tête reste élevée, la bosse séro-sanguine énorme apparaît à la vulve.

Midi, application de forceps en DP. Anesthésie chloroformé. On fait la rotation pour amener la tête en OP. Deuxième prise de forceps en OP. Extraction aisée, périnée intact, délivrance naturelle et complète 20 minutes après.

2 heures soir. La femme est pâle et présente des signes d'hémorragie. L'utérus est, en effet, surdistendu, remontant au-dessus de l'ombilic. Par simple expression utérine on expulse 600 gr. de caillots. L'enfant présente une bosse séro-sanguine volumineuse sur le pariétal gauche. La fontanelle antérieure large et mal ossifiée.

Le 21, Monsieur le professeur Bar examine la malade. Petite déchirure du côté gauche. La femme se plaint de violentes douleurs au niveau de l'articulation de la hanche gauche. Cette douleur semble pouvoir se localiser au niveau de l'apophyse épineuse de la dernière lombaire et un peu au niveau de l'interligne sacro-iliaque. Le soir, ventre douloureux, utérus un peu gros. Glace sur le ventre.

Le 22, température matin 38°6. Pouls 120. Lavement purgatif qui produit beaucoup d'effet. La malade va à la selle dans son lit. Ventre ballonné; utérus extrêmement douloureux à la palpation. Vomissements. Glace sur le ventre (4 vessies) on introduit une sonde dans le rectum. La malade ne peut uriner, elle est sondée. Montée à l'isolement le soir. Œdème des grandes lèvres. Escharres vaginales.

Le 23. Extrait thébaïque: 0 gr. 08 dans la journée, sérum 300. Glace sur le ventre.

A 1 h. soir, la malade a des nausées et des frissons, le pouls

s'affaiblit par moments. Il est à 100. Huile camphrée 1 cm 3.

Le 24, injections vaginales iodées. Extrait thébaïque 0 gr. 08 dans les 24 h. Glace. Le ventre est toujours aussi douloureux et aussi ballonné.

Le 25. Lavement purgatif, gros empâtement du côté gauche.

Le 26. Langue très sèche, sérum 300 gr. Le ventre n'est plus ballonné, mais reste très douloureux. Extrait thébaïque : 0 gr. 05. Sonde rétale

Le 27 8h. du matin, la malade a vomi un peu.

Vomissements jaunâtres, battements du cœur précipités mais pas de souffle. Pouls incomptable. Ballon d'oxygène. Huile camphrée 1 cm. 3.

1h. du soir Monsieur le professeur Bar voit la malade et conseille la laparotomie. Sous chloroforme, M. Lequeux fait une incision au niveau de la fosse iliaque droite. Il s'écoule une grande quantité de pus. On met deux drains, l'un allant vers l'excavation, l'autre vers le haut, points au catgut. Deuxième incision au niveau de la fosse iliaque gauche. Il s'écoule moins de pus et de liquide. On pose également deux drains. Points au catgut, glace sur le ventre.

Erysipèle au niveau de la vulve. Sérum 300 gr.

4h. du soir température 40°8. Le pouls n'est pas perceptible.

4 h. 35, exitus. Vérification anatomique, péritonite généralisée.

OBSERVATION VI

N° 1.468. — 23 *septembre* 1909. — B... Marie, 26 ans. I pare. Dernières règles du 12 au 18 Décembre 1908. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels. grossesse ayant évolué normalement.

Le 23 septembre rupture des membranes à 4h. du matin.

A 4h. 30 la parturiente est admise à la clinique à la salle du travail.

Sommet mobile, bruits du cœur bons, le col est dilaté comme 1 fr. Périnée résistant. Les contractions sont irrégulières.

6 h. 30. Dilatation presque complète du col, efforts expulsifs.

9 h. 30. Modification des bruits du cœur.

Sous chloroforme et forceps sur le sommet en OIDP presque en OS. Prise sur le diamètre oblique droit. La tête est très élevée, on essaye le dégagement en OS sans aucun résultat. La tête reste élevée malgré la traction énergique. On décide de faire la grande rotation. Celle-ci est faite très difficilement et nécessite 3 prises successives de forceps. Chaque fois que le forceps arrive dans le diamètre antéro-postérieur, il est impossible de poursuivre la rotation. Néanmoins, en s'aidant de l'expression abdominale et périnéale, on arrive à dégager la tête. Nouvelle difficulté pour le dégagement des épaules. Deux circulaires sont desserrées. Puis des tractions très énergiques et dirigées très en bas amènent l'épaule antérieure. Un petit craquement se produit à ce moment dont on ne peut déterminer la localisation. Après le dégagement de l'épaule antérieure, le tronc vient facilement. On explore le vagin qui est littéralement déchiqueté à droite comme à gauche. Le doigt pénètre dans les anfractuosités qui vont presque jusqu'au contact du bassin. Il est impossible de réparer ces lésions tant le vagin est déchiqueté. Pas de déchirure aparente du périnée. Le fœtus présente en avant et en arrière de l'oreille, particulièrement du côté gauche les traces apparentes des cuillers du forceps qui ont glissé pendant la traction sur une longueur de 2 cm. de bas en haut et d'avant en arrière, et du menton vers l'occiput. Il présente en outre une paralysie faciale légère du côté gauche.

Le 27 *sept.* L'enfant ne s'alimente pas, hématome à la joue gauche, senti facilement à la face interne de celle-ci, gavage.

4 *octobre.* Suites de couches normales; utérus très gros le jour du départ. Cœur normal. Enfant gêné dans la succion par son hématome. En avant de l'articulation tempo-maxillaire. Il boit bien au verre. Mais la croissance est retardée. On note de l'hydrocéle gauche.

CONCLUSIONS

D'après ce qui précède nous croyons pouvoir conclure :

1° Que l'intérêt des présentations du sommet, variétés postérieures, réside principalement dans ce fait que la rotation fait défaut d'une façon relativement fréquente.

2° Que pourtant il faut savoir attendre afin de ne pas troubler la marche du travail par des manœuvres intempestives.

3° Que dans les cas où la rotation ne s'est pas effectuée, on ne doit recourir qu'avec la plus grande prudence à la grande rotation avec le forceps à cause des lésions fréquentes et parfois graves qui peuvent en résulter.

4° Que dès que l'on sent quelque résistance à la rotation de la tête vers le pubis, il faut sans hésiter transformer, si possible, la présentation initiale en occipito-sacrée.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu : *Le Président*,
BAR,

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Bar. — Pratique de l'art des accouchements.

Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements.

Cazeaux. — Traité d'accouchements.

Hubert de Louvain. — Des phénomènes mécaniques de l'accouchement.

Farabeuf et Varnier. — Introduction à l'étude clinique des accouchements.

Paul Dubois. — Journal des connaissances médico-chirurgicales. T. II.

Varnier. — Thèse de Paris.

Varnier. — (Obstétrique journalière, page 154).

Baudelocque. — L'art des accouchements. Paris, 1789.

Madame Lachapelle. — (Recueil d'observations ,xvii, observ. page 237.

Tarnier. — (Annales de gynécologie, 1876, décembre.

Bataillard. — Thèse de Paris 1887-88

Corbière. — Thèse de Paris 1893-94

Guerrero — Thèse de Paris 1896-97

Trillat. — Thèse de Lyon, 1904-05.

Corinin. — Thèse de Paris 1897